



Seminário

Observatório Nacional de Desporto

Estudo dos hábitos da Actividade Física de uma população adulta do distrito de Leiria

- Análise das variáveis

Instituição de Ensino:

Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física

Coordenador: Doutor Pedro Ferreira

Orientação: Professor Alain Massat

Coimbra, 13 de Junho de 2008

Pedro Manuel Ferreira Gonçalves

Coimbra
2007/2008

Resumo

Cada vez mais é reconhecida a extrema importância de uma prática regular de actividade física, tendo em conta os todos os seus benefícios. Actualmente a população em geral tem noção da sua importância, que muitas vezes é recomendada pelos profissionais da área do desporto e actividade física, como também por todos aqueles que de algum modo estão ligados à saúde e ao bem-estar da população. Deste modo, nós como profissionais desta área temos por obrigação dar o exemplo no que diz respeito a um actividade física regular.

Este trabalho insere-se num estudo que se está a realizar a nível nacional sobre os hábitos desportivos da população portuguesa, englobando uma amostra que não pratique desporto federado (Observatório Nacional de Desporto). No meu caso, a amostra está englobada no distrito de Leiria. Com a realização deste estudo, foi passado um inquérito e a aplicação de uma bateria de testes a cada inquirido, sendo que foi realizado um estudo estatístico das variáveis aplicadas no mesmo. Contei com uma amostra de 89 inquiridos, de ambos os sexos, variando entre os 20 e os 64 anos de idade. Trata-se de um estudo simples, mas que servirá para retirar algumas conclusões importantes. Pelo objectivo do trabalho e pelo âmbito em que se insere, não será um trabalho de grande profundidade, procurando da minha parte no entanto, aproveitar toda a informação recolhida, para tornar este estudo elucidativo de alguns aspectos ligados à prática desportiva, ligada sempre ao bem estar e à saúde.

ÍNDICE

Capítulo I – Introdução	4
1. Introdução	4
Capítulo II – Revisão da Literatura	5
1. Exercício e Saúde.....	5
2. O Conceito de Saúde	5
2.1 Comportamentos de saúde positivos para a aquisição de um estilo de vida saudável	6
3. Conceito e variação das medidas da actividade física	9
4. Aptidão Física	9
5. Componentes da aptidão física associadas à saúde	10
6. Técnicas Antropométricas	11
6.1 Medidas Somáticas	12
6.2 Índices Atropométricos	12
Capítulo III – Metodologia	13
1. Caracterização da Amostra	13
2. Apresentação das Variáveis	13
3. Instrumentos de Avaliação.....	13
3.1 Protocolos.....	14
3.2 Bateria de Testes.....	14
4. Procedimentos	15
4.1 Procedimentos Funcionais.....	15
4.2 Procedimentos Estatísticos	15
5. Estabelecimento de Hipóteses	15
Capítulo IV – Apresentação dos resultados	16
1. Introdução	16
2. Testes Somáticos	16
3. Testes Físicos	16
4. Resultados.....	17
4.1 Correlações	21
Capítulo V - Discussão dos resultados.....	22
Capítulo VI - Conclusão	24
Bibliografia.....	25

Capítulo I – Introdução

1. Introdução

Hoje em dia e cada vez mais, é reconhecida a importância de uma prática regular de actividade física pelos seus efeitos benéficos para a saúde em geral.

Poderá dizer-se que hoje, um dos temas centrais da actualidade é a qualidade de vida e o aumento da esperança da mesma. Assistindo hoje um progresso talvez exagerado da Ciência, com todos os benefícios e malefícios adjacentes, verifica-se cada vez mais um aumento das “doenças da civilização” e uma progressiva sedentarização nas sociedades mais desenvolvidas. Assim sendo, é perfeitamente normal que a problemática da Condição Física dos Adultos se apresente particularmente importante, pois estamos sempre a tempo de adquirir hábitos desportivos regulares.

O profissional da Actividade Física e o Desporto deve recomendar um estilo de vida activo, onde a actividade física deve estar sempre incluída, dando o exemplo sempre que possível.

É fundamental que estes hábitos comecessem a fazer parte da vida da maioria dos Portugueses, pois se assim não for, teremos certamente muitos problemas a médio e longo prazo, sendo que as gerações que virão cada vez menos se adaptaram a este estilo de vida que tanto faz à nossa saúde.

Este estudo tem como objectivos principais, a demonstração dos hábitos desportivos da população, tendo em conta alguns parâmetros específicos, que serão tidos em conta, bem como o cruzamento de algumas variáveis para podermos ilustrar a aptidão física da nossa amostra. Realçar por fim a importância global deste estudo, que contribuirá certamente para podermos agir de acordo com as conclusões apresentadas, colaborando para o adquirir de hábitos saudáveis no nosso país.

Capítulo II – Revisão da Literatura

1. Exercício e Saúde

Com a evolução da sociedade e a par desta, a industrialização e a mecanização das tarefas têm provocado algumas alterações nos padrões de vida, o que tem resultado numa diminuição da quantidade de actividade, ou seja, uma hipoactividade. Com estas alterações nos hábitos e estilos de vida, também o conceito de saúde se alterado e cada vez mais a sociedade procura, através da actividade física melhorar os níveis de saúde, bem-estar físico, mental e social e, obter hábitos de vida saudável. Nunca a saúde foi tão referenciada e interligada à actividade física, assim como, é crescente a preocupação das pessoas quanto à sua condição física e à sua vida diária (Costa, 1997).

A actividade física será factor de saúde quando considerada como uma componente integrada das condições de vida proporcionadas pela Sociedade, isto é, quando em interacção associada a comportamentos saudáveis, como a alimentação, cuidados higiénicos, o sono e o repouso, o equilíbrio ecológico, o regime de vida, a protecção da natureza, o contacto com os agentes físicos e naturais, as condições de trabalho de estudo, as férias, etc., uma vez que, a actividade física por si não tem valor absoluto enquanto factor de saúde (Lima, 1990; Matos & Sardinha, 1999).

A prática de exercício físico, desde há muito associada à manutenção da saúde e ausência de doença evoluiu, tal como a própria noção de saúde, para um conceito mais abrangente (Graça & Almeida, 1998).

2. O Conceito de Saúde

A saúde é um bem-estar inquestionável, constituindo a base do desenvolvimento pessoal, social e produtivo (Pereira, in Barata, 1997). O conceito de saúde tem sido alvo de varias reflexões e modificações ao longo dos tempos.

Na actualidade, saúde tem sido definida não apenas como a ausência de doenças. Saúde identifica-se como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Pode-se também, definir saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica,

cada uma caracterizada por pólos positivo e negativo. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do quotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada com a morbilidade e, no extremo, com a mortalidade Pitanga, (2002).

No princípio do século XX, os médicos eram os principais responsáveis pela saúde das populações, na medida em que era a eles que se recorria para se pedir ajuda na resolução de problemas de saúde. A saúde correspondia à ausência de doença. Após a criação da Organização Mundial da Saúde, passamos então de uma perspectiva reducionista, como mera ausência de doença, a uma dimensão mais global e holística. A saúde passa a ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e considerada como um bem a atingir e a preservar (OMS, 1974).

De acordo com Costa (1997), a saúde é consequência de uma relação entre o sujeito e o envolvimento e traduz o equilíbrio dinâmico entre as exigências do envolvimento e as possibilidades da pessoa. Resulta da interacção da carga genética, dos seus comportamentos, do ambiente físico e da sociedade em que o indivíduo vive (Pereira, in Barata, 1997). Segundo o mesmo autor, a saúde está na qualidade da relação do indivíduo com o seu meio e deve ser encarada como um equilíbrio dinâmico entre factores intrínsecos ao ser humano, de natureza biológica, psico-afectiva e comportamental, e factores extrínsecos, próprios do ambiente físico e relacional que o rodeia.

2.1 Comportamentos de saúde positivos para a aquisição de um estilo de vida saudável

A maioria das mortes relacionadas com patologias do foro cardíaco e das chamadas doenças da civilização é devida a estilos de vida não saudáveis e portanto, podem ser evitadas. O objectivo primordial seria criar uma sociedade que seja condutiva destas patologias.

Para poder prevenir as doenças cardiovasculares e outra, é preciso que a população em geral tenha atitudes, comportamentos e estilos de vida saudáveis, sendo sensibilizado para os malefícios do tabaco, álcool em excesso, de erros alimentares, do sedentarismo, da obesidade, da ausência de exercício físico, do stress psico-social intenso, da diabetes, dos altos níveis de colesterol e triglicéridos no sangue, entre outros.

Considerando o conceito de saúde, é necessário promover comportamentos de saúde, tendo em conta as diferentes idades, aspectos culturais e educativos (Matos & Sardinha, 1999).

Os comportamentos de saúde positivos são acções praticadas por indivíduos que se percebem como saudáveis, com o objectivo de prevenir o surgimento de mal-estar ou doença. O estilo de vida associa-se a padrões de saúde e doença: o que fazemos e como fazemos determina, em muitos casos, o estado de saúde individual e comunitário. A utilização de determinadas substâncias, realização de determinadas práticas de segurança, exercício físico e a dieta, ou certos valores de saúde constituem uma série de aspectos do estilo de vida que têm uma clara associação com a saúde, com o risco de adoecer ou morrer prematuramente (Sarason, 1988). Diversas práticas preventivas têm vindo a ser demonstradas para reduzir o risco das doenças cardiovasculares e de outras patologias para a aquisição de estilos de vida saudáveis: a) alimentação saudável, b) actividade física regular, c) higiene do sono, d) supressão do tabaco e outras drogas, e) equilíbrio mental. Estes são comportamentos de saúde positivos ou factores protectores.

a) Actividade física regular

A relação entre a saúde e a actividade física reveste-se de um significado particular na conjectura actual, em que a sociedade se confronta com o espectro alargado de doenças, as ditas doenças da civilização (Mota, 1999). Várias são as justificações para o fomento das actividades físicas no ser humano através dos seus efeitos benéficos, preventivos e terapêuticos, sobre patologias degenerativas e da minimização de factores de risco. Para além dos benefícios apontados, o exercício físico diminui o risco de doenças relacionadas com alguns estilos de vida pouco saudáveis, mesmo quando um indivíduo é fumador ou apresenta hipercolesterolemia ou hipertensão arterial (Visão, 2002). O exercício físico confere numerosos benefícios cardiovasculares e ajuda a diminuir o nível de colesterol total, e se for associado à perda de peso, diminui as LDL e ajuda, depois da estabilização do peso, a manter ou aumentar as HDL. Os estudos parecem indicar que os individuais que praticam uma actividade física regular têm menos partículas aterogénicas durante períodos mais curtos do que as pessoas sedentárias. O exercício aumenta também a capacidade de metabolização lipídica do organismo. Pode também ajudar a reduzir o risco de hipertensão arterial, diabetes, cancro do cólon, depressão e ansiedade e estimula a saúde no que diz respeito ao alívio

das tensões emocionais, ou seja, é uma forma eficiente de aliviar o stress emocional, diminuindo assim o factor de risco importante para diversas doenças crónicas. (Hahn e tal., 1994; Santarém, 2000).

b) Higiene do sono

O ser humano passa um terço da sua vida a dormir e nesse espaço de tempo acontecem fenómenos que serão essenciais, uma vez que é indispensável dormir. É a dormir que há grande parte da recuperação – orgânica, física e psíquica – e se dá uma reorganização, uma limpeza das células cerebrais (Paiva, 1998).

A necessidade de dormir difere de pessoa para pessoa e cada um é que deve decidir o número de horas que precisa. No entanto, deve-se dormir entre 7 a 8 horas por noite, o importante é acordar retemperado. Muitos indivíduos têm tendência para sobrestimar a sua necessidade de sono e subestimar o número de horas que dormem.

c) Supressão do tabaco e de outras drogas

Actualmente, sabe-se que as substâncias químicas possuem efeitos psicoactivos: alteram a disposição, o comportamento e as capacidades cognitivas e motoras dos indivíduos. Para além destes sintomas imediatos, estas substâncias por serem tóxicas, provocam uma serie de consequências nefastas para a saúde que dependem da continuidade e quantidade do seu uso. Assim sendo, a abstinência sabática é um meio importante para aumentar a qualidade de vida dos indivíduos.

d) Equilíbrio mental

De um modo geral, se um indivíduo consegue manter o equilíbrio mental durante os períodos de tensão emocional é considerado mentalmente saudável. Quando se perde esse equilíbrio o indivíduo está doente, pelo menos em certa medida.

3. Conceito e variação das medidas da actividade física

Actividade Física representa qualquer movimento corporal que é produzido pela contracção da musculatura esquelética e que aumenta substancialmente o gasto energético (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

Incluindo actividades da vida diária (tomar banho, vestir-se), actividades realizadas no trabalho (andar, levantar, transportar objectos) e actividades de lazer (exercitar-se, praticar desporto, dançar).

Malina (1993) refere que a actividade física é um processo, enquanto a aptidão é um estado. A actividade física pode ser expressa em termos de quantidade de trabalho (Watts), tempo ou período de actividade (minutos, horas).

Relativamente à classificação dos indivíduos quanto à sua actividade ou inactividade, existem diversos critérios para os classificar. Malina (1995) apresenta alguns desses critérios para classificar sujeitos como activos:

- Healthy People 2000: ≥ 3 dias /semana, ≥ 20 minutos / sessão
- NCYFS ≥ 3 Kcal.Kg-1.Dia-1
- Canadá Fitness Survey ≥ 3 horas / semana-1, ≥ 9 meses / ano-1

No Healthy People 2000 verificou-se que a actividade física aumentava com a idade e que os rapazes se revelavam mais activos que as raparigas.

4. Aptidão Física

Actualmente, a aptidão física representa não só um valor importante na sociedade contemporânea como tem um significado fundamental na intenção da actividade desportiva, realçando-se aqui este estado de aptidão como elemento essencial a um incremento de saúde (Brehm, 1991, cit. Por Mota, 1997). Para Pitanga (1998), a aptidão física é uma série de atributos adquiridos em função da prática regular da actividade física. Por outro lado, Bouchard & Shepard (1994) defendem que esta aptidão é um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite a cada um, funcionando no pico da sua capacidade intelectual, realizar as tarefas do quotidiano, ocupar activamente as horas de lazer, enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, sentir uma alegria de viver e evitar o aparecimento das disfunções hipocinéticas. Astrand, citado por Simões (1983), define este conceito com a capacidade

do organismo para fornecer um trabalho físico qualquer, sem que daí resulte uma deterioração do seu equilíbrio biológico. De acordo com McArdle et al (1996), aptidão física é o conjunto de atributos que se relacionam com a capacidade individual de realizar uma actividade física. Assim, a aptidão física pode ser definida como a capacidade de realizar níveis moderados ou vigorosos de actividade física sem evidenciar sinais exagerados de fadiga, ou numa perspectiva mais restrita, “a capacidade para realiza de forma satisfatória determinada tarefa muscular ou motora” (Organização Mundial de Saúde).

A aptidão física é normalmente pensada de acordo com dois posicionamentos convergentes e manifesta-se segundo duas tendências: aptidão física relacionada a habilidades, desenvolvendo no contexto dos desportos e jogos tradicionais, a coordenação, equilíbrio, agilidade, velocidade, tempo de reacção e potencia; e aptidão física relacionada à saúde, incluindo condicionamento aeróbio, força resistência muscular, flexibilidade e composição corporal ideal (Faria Júnior, 1991).

5. Componentes da aptidão física associadas à saúde

A correcta determinação do nível de aptidão ou condição física de um indivíduo, encarada como a capacidade de realizar com êxito testes de aptidão física, vai depender grandemente do procedimento de testagem seleccionado (Pereira in Barata, 1997; Rasoilo, s.d). O estudo e análise dos factores determinantes da aptidão física realiza-se especificamente sobre cada componente da aptidão física. Seguidamente apresentamos algumas destas componentes e factores da aptidão física associada à saúde segundo Bouchard & Shepard (1994):

Componentes	Factores
Componente morfológica	Índice Corporal Composição corporal Distribuição da gordura subcutânea Gordura visceral abdominal Densidade óssea Flexibilidade
Componente muscular	Potencia Força Resistência
Componente motora	Agilidade Equilíbrio

	Coordenação Velocidade de movimento
Componente cardio-respiratória	Capacidade de exercícios sub-máximos Potencia aeróbia máxima Função cardíaca Função pulmonar Tensão arterial
Componente metabólica	Tolerância à glicose Sensibilidade à insulina Metabolismo lipídico e lipoproteico Características de oxidação de substratos

Existem outras tendências para a definição das componentes da condição física associada à saúde. A proposta de divisão apresentada pelo Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM, 1992), define as seguintes componentes: Aptidão aeróbia, aptidão muscular, flexibilidade e composição corporal. Numa outra perspectiva, Pitanga (1998) apresenta quatro dimensões da aptidão física relacionada à saúde: Dimensão Morfológica (composição corporal; distribuição da gordura corporal), Dimensão Funcional-motora (consumo máximo de oxigénio; força/resistência muscular; flexibilidade), Dimensão Fisiológica (pressão sanguínea; tolerância à glicose; lípidos/lipoproteínas plasmáticas) e Dimensão Comportamental (tolerância ao stress).

6. Técnicas Antropométricas

A antropometria é o ramo das Ciências Biológicas direccionado para o estudo dos caracteres mensuráveis da morfologia humana. A grande variação da morfologia externa, constitui um dos principais objectivos da investigação, sobretudo para compreender as suas causas. A variação de qualquer traço fenotípico (V_p), resulta da combinação da variação atribuível à hereditariedade (V_g), da que decorre dos factores ambientais (V_e), como sejam o estilo de vida e as condições do envolvimento, e ainda da variação resultante da interacção dos factores genéticos e não genético ($V_g \times V_e$). Ao somatório destas fontes devemos ainda acrescentar a medida do erro (e) inerente aos processos de avaliação e medida.

Este modelo é representado a partir da seguinte equação:

$$V_p = V_g + V_e + (V_g \times V_e) + e$$

As medidas antropométricas classificam-se em: distâncias entre pontos ou linhas, podendo ser comprimentos, diâmetros e circunferências; superfícies, volumes e medidas de massa. As medidas das pregas de adiposidade subcutânea são expressas em milímetros, requerendo instrumentação e procedimentos especiais de análise.

6.1 Medidas Somáticas

- Estatura:

A estatura, ou altura total do corpo, é medida entre o vertex e o plano de referência do solo, conforme a técnica descrita por Ross e Marfell-Jones (1991).

- Circunferências:

As circunferências proporcionam informações sobre a totalidade das estruturas morfológicas na secção transversal do segmento. “Perímetros”, é a designação mais antiga e que actualmente é desaconselhável.

- Massa Corporal:

É medida com o sujeito despido e totalmente imóvel sobre a balança. Tal como a estatura, a massa corporal é influenciada pela variação diurna.

6.2 Índices Antropométricos

- Índice de Massa Corporal:

Inserido nos índices estatura-ponderais, foi desenvolvido por Lambert Quételet no fim do século XIX. Trata-se de um método fácil e rápido para a avaliação do nível de gordura de cada pessoa, ou seja, é um preditor internacional de obesidade adoptado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este índice traduz-se pela seguinte fórmula:

$$\checkmark \text{ IMC} = \text{Massa Corporal (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (cm)}$$

Escassez ponderal	< 18.5	Obeso I	30.0 a 34.9
Aceitável	18.5 a 24.9	Obeso II	35.0 a 39.9
Sobrecarga ponderal	25.0 a 29.9	Obeso III	> 40.0

Capítulo III – Metodologia

1. Caracterização da Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi constituída por 89 pessoas adultas do sexo masculino (34) e feminino (55), todos eles voluntários e pertencentes ao Distrito de Leiria, com idades compreendidas entre os 20 e 64 anos. A realização dos testes ocorreu dentro do distrito de Leiria, em fábricas, centros de férias, lares etc. Contámos também com o apoio de alguns amigos desta zona, que também fizeram parte desta amostra.

Quadro dos escalões etários

Idade	Frequência	%
20-25	16,00	17,98
26-30	13,00	14,61
31-40	28,00	31,46
41-45	7,00	7,87
46-50	8,00	8,99
51-55	7,00	7,87
56-64	10,00	11,24
Total	89,00	100,00

Quadro 0: Referente às idades divididas por escalões etários

2. Apresentação das Variáveis

Para o desenvolvimento deste estudo utilizei como variável independente o género. Como variáveis, a massa corporal, a altura, seat and reach, força manual, IMC, e o perímetro da cintura.

3. Instrumentos de Avaliação

Neste estudo utilizei dois instrumentos para avaliar as pessoas: utilizei um questionário para os adultos com perguntas sobre a condição das pessoas, e o segundo instrumento utilizado por mim foi uma bateria de testes compilada pelo Instituto do Desporto de Portugal para avaliar a condição física dos inquiridos.

Os testes são instrumentos sensíveis e adaptáveis, fidedignos a cada indivíduo e capazes de medir as principais dimensões da aptidão física. São testes cientificamente

válidos e podem ser aplicados tanto a adultos como idosos. O programa de testes avalia três componentes da aptidão física consideradas importantes pela sua estreita relação com a saúde em geral e com o bom funcionamento do organismo. As três componentes são a *aptidão aeróbia*, a *composição corporal* e a *aptidão muscular*, neste estudo para os adultos só foram utilizadas as duas últimas dimensões, apesar de para avaliar a *aptidão aeróbia* ter sido utilizada uma escala apelidada de “*Modelo de Jackson*” .

3.1 Protocolos

Os protocolos dos testes estarão em anexo. Estes testes foram criados pelo Instituto do Desporto de Portugal, através de um conjunto de várias baterias de testes. Foram escolhidos de acordo com as necessidades da população.

- ✓ Peso e estatura
- ✓ IMC
- ✓ Perímetro da cintura
- ✓ Flexibilidade
- ✓ Força muscular abdominal
- ✓ Força muscular manual (prensa)
- ✓ Predição do VO₂ (Modelo de Jackson)
- ✓ Questionário para adultos (hábitos desportivos)

3.2 Bateria de Testes

3.2.1 Composição Corporal

- ✓ Peso
- ✓ Estatura
- ✓ Perímetro da cintura
- ✓ IMC

3.2.2 Aptidão Muscular

- ✓ Curl up
- ✓ Senta e alcança modificado
- ✓ Prensa manual

3.2.3 Questionário de Adultos

Para caracterizar os estilos de vida dos inquiridos, utilizei neste estudo um questionário relativo a comportamentos de saúde e índices de actividade física associados aos estilos de vida.

Este questionário de administração directa é composto por quatro grupos distintos, sendo que o primeiro grupo é referente aos dados pessoais dos inquiridos, e os restantes três referem-se, tanto aos comportamentos de saúde como ao índice de actividade física das pessoas.

4 Procedimentos

4.1 Procedimentos Funcionais

A realização da recolha de dados teve lugar entre Maio e Junho de 2008, tendo sido utilizada uma ficha de registo, para recolher os dados obtidos nos testes. Todas as pessoas foram submetidas aos 6 testes que estavam previstos realizar, com excepção de algumas pessoas, que, ou não estavam fisicamente aptas a realizá-los, ou por recusarem fazê-los.

Para rentabilizar o tempo, procurei antes de iniciar a realização dos testes antropométricos e físicos, pedir às pessoas que preenchessem os questionários, (apesar de muitos só se sujeitassem a participar se lhes preenchesse-mos os inquéritos), só depois realizei os testes antropométricos (Peso, Estatura, Perímetro da Cintura) e físicos (Seat and Reach, Prensa Manual e Abdominais).

4.2 Procedimentos Estatísticos

Para realizar a análise estatística foi utilizado o programa “Statistical Program for Social Sciences – SPSS version 11.5 for Windows”

5 Estabelecimento de Hipóteses

H1 – Verificar qual dos géneros, masculino ou feminino é mais activo fisicamente;

H2 – Verificar se a idade influência ou não a força manual;

H3 – Verificar se a altura influência ou não a força manual;

Capítulo IV – Apresentação dos resultados

1. Introdução

No presente capítulo irei proceder à apresentação e discriminação dos resultados obtidos através dos instrumentos de medida utilizados.

A apresentação dos resultados numa primeira fase será centrada em parâmetros estatísticos descritivos. Numa segunda fase proceder-se-á à apresentação dos resultados entre as variáveis em estudo e a apresentação da correlação entre a variável idade e a variável da prensa manual, e da variável altura e variável prensa manual.

2. Testes Somáticos

Através da observação do quadro 1, poderemos obter as médias de altura, massa corporal e IMC, sendo que o sexo masculino apresenta sempre valores mais elevados em todas as variáveis.

	Género	N	Média	Desvio Padrão
Altura	Masculino	34	1,74	0,05
	Feminino	55	1,61	0,07
Idade	Masculino	34	35,44	15,26
	Feminino	55	39,44	11,08
Massa Corporal	Masculino	34	79,58	11,65
	Feminino	55	64,84	10,46
IMC	Masculino	34	26,23	3,67
	Feminino	55	25,06	3,81

Quadro 1: Estatística descritiva, média e desvio padrão da idade e das variáveis antropométricas, massa corporal, IMC e altura.

3. Testes Físicos

Relativamente aos dados apresentados, verificamos que existem diferenças significativas entre o número de abdominais realizados pelos elementos do sexo masculino relativamente ao sexo feminino.

Estatística descritiva			
	Género	Amostra	Média
Nº Abdominais	Masculino	22	26,82
	Feminino	20	15,65
	Total	42	21,23

Quadro 2: Estatística descritiva, contendo as médias dos abdominais.

Neste quadro pode observar-se as médias entre as variáveis apresentadas. Referir que na prensa, tanto na mão dominante como na não dominante, o sexo masculino apresenta valores bastante superiores, coo seria de esperar. Relativamente e contrariamente ao que poderia esperar, não existem grandes diferenças entre o género.

Variáveis incluídas nos testes físicos				
	Género	N	Média	Desvio Padrão
Prensa - Não Dominante	Masculino	34	44,65	6,66
	Feminino	55	26,91	4,88
Prensa - Dominante	Masculino	34	47,76	7,18
	Feminino	55	29,71	5,45
Seat and reach	Masculino	34	27,56	7,97
	Feminino	54	28,13	8,08

Quadro 3: Estatística descritiva, contendo a média dos abdominais, prensa e seat and reach.

4 Resultados

Relativamente ao seguinte quadro podemos observar a média, no que diz respeito à prensa manual da mão dominante. Como seria de esperar, o sexo masculino apresenta valores bastante superiores.

Género / Prensa (Mão Dominante)			
Género	Nº	Média	Desvio Padrão
Masculino	34	47,76	7,18
Feminino	55	29,71	5,45

Quadro 4: Quadro relativo ao cruzamento das variáveis género / prensa, em termos da sua média, referente à mão dominante.

No que diz respeito a este quadro temos o cruzamento entre a variável género e a prensa manual da mão não dominante. Apesar de os valores para o sexo masculino se assumirem bastante superiores, também podemos concluir que os valores apresentados pela mão dominante são relativamente superiores aos da mão não dominante em ambos os géneros.

Género / Prensa (Mão Não Dominante)			
Género	Nº	Média	Desvio Padrão
Masculino	34	44,65	6,66
Feminino	55	26,91	4,88
Total	89	35,78	5,77

Quadro 5: Quadro relativo ao cruzamento das variáveis género / prensa, em termos da sua média, referente à mão não dominante.

Em termos do resultado da prensa manual, temos uma tabela onde poderemos comparar os nossos resultados com os valores médios obtidos relativamente aos diferentes escalões etários.

Id	Homem mão dominante			Homem mão não dominante			Mulher mão dominante			Mulher mão não dominante		
	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP
20	26kg	36kg	48kg	23kg	35kg	45kg	14kg	22kg	28kg	13kg	19kg	26kg
25	28kg	40kg	52kg	25kg	36kg	48kg	15kg	23kg	29kg	13kg	20kg	28kg
30	29kg	41kg	52kg	25kg	36kg	48kg	13kg	22kg	30kg	12kg	19kg	27kg
35	28kg	39kg	50kg	24kg	35kg	46kg	11kg	20kg	28kg	11kg	19kg	26kg
40	26kg	37kg	48kg	23kg	34kg	45kg	9kg	17kg	27kg	10kg	18kg	25kg
45	24kg	35kg	47kg	21kg	33kg	44kg	9kg	17kg	25kg	10kg	17kg	24kg
50	20kg	33kg	45kg	20kg	30kg	41kg	9kg	17kg	25kg	10kg	16kg	23kg

Quadro 6: Quadro relativo aos valores normativos para o teste da prensa manual

O seguinte quadro apresenta-nos os resultados da prensa manual, da mão dominante, tendo em conta os diferentes escalões etários assumidos neste trabalho. Tendo por base o quadro 6, poderemos afirmar que relativamente às mulheres, estas encontram-se dentro dos valores normais. Relativamente aos homens, existem valores bastante acima da média, tendo em conta principalmente o escalão etário entre os 56-64 anos.

Prensa Manual (Mão dominante)										
Idade	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
20-25	0	0	3	2	5	1	2	3	0	0
26-30	0	1	2	2	0	3	3	1	1	1
31-40	1	0	8	8	2	1	2	2	0	1
41-45	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0
46-50	0	1	5	1	0	0	0	0	0	0
51-55	1	1	0	2	1	0	1	0	0	1
56-64	1	3	1	1	2	1	3	0	0	0
Total	3	8	23	18	10	6	11	6	1	3
Feminino					Masculino					

Quadro 7: Quadro referente aos valores da prensa manual (mão dominante), tendo em conta os diferentes escalões etários.

O seguinte quadro apresenta-nos os resultados da prensa manual, da mão não dominante, tendo em conta os diferentes escalões etários.

Prensa Manual (Mão não dominante)										
Idade	15-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65
20-25	0	0	3	2	5	1	2	3	0	0
26-30	0	0	2	2	0	3	3	1	1	1
31-40	1	3	8	8	2	1	2	2	0	1
41-45	0	1	4	2	0	0	0	0	0	0
46-50	0	2	5	1	0	0	0	0	0	0
51-55	1	1	0	2	1	0	1	0	0	1
56-64	1	1	1	1	2	1	3	0	0	0
Total	3	8	23	18	10	6	11	6	1	3

Quadro 8: Quadro referente aos valores da prensa manual (mão dominante), tendo em conta os diferentes escalões etários.

No seguinte gráfico, é apresentado os valores totais da prensa manual, independentemente do género. É notória a diferencia de valores, situando-se cerca de metade da nossa amostra entre os 26 e os 35 Kg de força. No entanto é importante ter em atenção que esta amostra é constituída por 62 % de mulheres, o que influenciará certamente estes resultados.

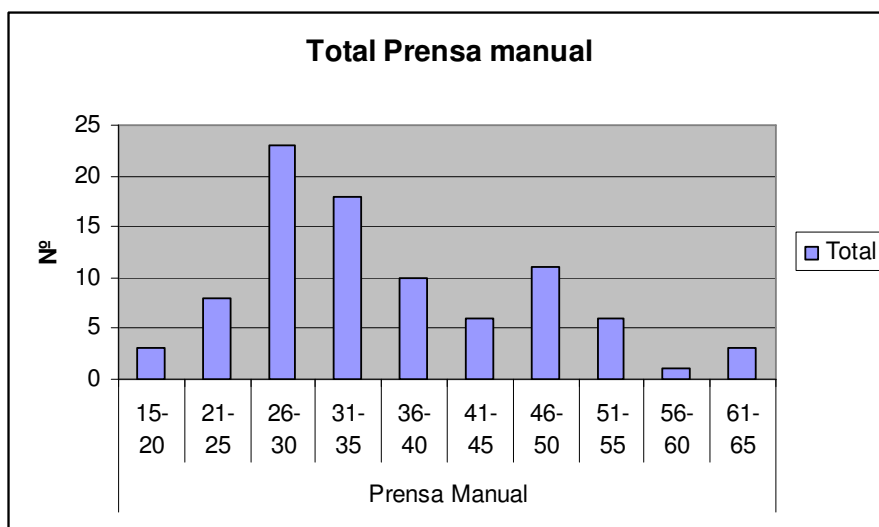


Gráfico 1: Total dos resultados da prensa manual.

Este gráfico diz respeito ao género, comparativamente com o VO2, indicando-nos o nível de actividade física da amostra. Poderemos retirar algumas conclusões importantes deste gráfico. Após a leitura do mesmo vemos que cerca de 32 % das mulheres não realiza qualquer actividade física. Relativamente aos homens, 14 % não realiza qualquer actividade física. Cerca de 12 % dos homens inquiridos realiza actividade física entre uma a três horas por semana. Curiosamente, apesar de uma grande percentagem de mulheres não fazer qualquer prática desportiva, 12% da amostra do sexo feminino realiza actividade física com alguma intensidade, variando entre uma a mais de 3 horas por semana. Apesar de uma percentagem elevada de mulheres não praticar qualquer actividade física, podemos ainda assim concluir que são as mulheres que mais praticam actividade física, nomeadamente as caminhadas.

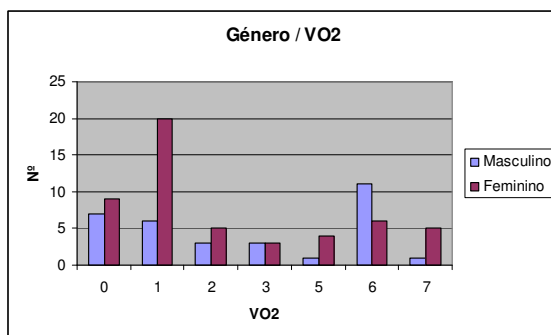


Gráfico 2: Referente ao género e ao VO2 da nossa amostra.

Este gráfico apresenta-nos o total do VO2, independentemente do género. Mais uma vez verificamos que cerca de 40 % dos indivíduos da amostra não praticam qualquer actividade física. Cerca de 17 % dos indivíduos praticam 1 a 3 horas de actividade física por semana e 21 % praticam actividade física moderada, como caminhadas entre outras actividades.

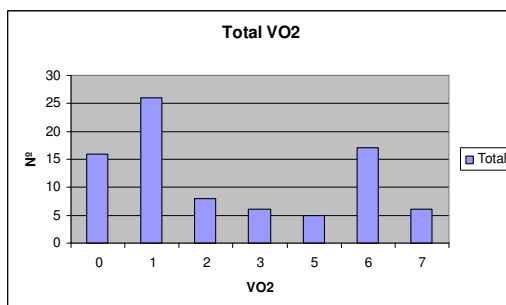


Gráfico 3: Referente ao total do VO2, independentemente da idade

4.1 Correlações

No quadro abaixo apresentado referimos a correlação entre a variável Idade e a variável Prensa manual. De acordo com a escala de Pearson, esta correlação é muito fraca, não devendo ser tomada em consideração. Isto de uma forma geral, significa que a idade dos sujeitos não interfere na sua prestação aquando a realização dos testes de força manual. Referir ainda que foi considerada a mão dominante, uma vez que as diferenças entre dominante e não dominante eram reduzidas.

Correlação			
		Idade	Prensa - Dominante
Idade	Pearson Correlation	1,00	-0,22
	Sig. (2-tailed)		0,03
	N	89,00	89,00
Prensa - Dominante	Pearson Correlation	-0,22	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,03	
	N	89,00	89,00
*	Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

Quadro 9: Referente à correlação entre a variável idade e a variável Prensa manual.

Neste quadro, apresentamos a correlação entre a altura e a prensa manual. Mais uma vez de acordo com a escala de Pearson, esta correlação é forte. Isto quer dizer que a altura influencia o desempenho da prensa manual. Sendo assim, poderemos considerar estas duas variáveis como sendo directamente proporcionais.

Correlação			
		Altura	Prensa - Dominante
Altura	Pearson Correlation	1,00	0,69
	Sig. (2-tailed)		0,00
	N	89,00	89,00
Prensa - Dominante	Pearson Correlation	0,69	1,00
	Sig. (2-tailed)	0,00	
	N	89,00	89,00
	Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		

Quadro 10: Referente à correlação entre a variável altura e a variável prensa manual.

Capítulo V - Discussão dos resultados

Passaremos a apresentação/discussão dos resultados deste estudo:

- Tendo em conta o número de abdominais realizados pelos elementos do sexo masculino relativamente ao sexo feminino, verificamos que existem diferenças, podendo ser isto justificado com os cerca de 32 % de mulheres que não praticam qualquer tipo de actividade física.

- Na prensa, tanto na mão dominante como na não dominante, o sexo masculino apresenta valores bastante superiores, como seria de esperar. Relativamente às mulheres, estas encontram-se dentro dos valores normais. Os homens apresentam valores bastante acima da média, tendo em conta principalmente o escalão etário entre os 56-64 anos.

- É notória a diferença de valores referentes à prensa manual, situando-se cerca de metade da nossa amostra entre os 26 e os 35 Kg de força. No entanto é importante ter em atenção que esta amostra é constituída por 62 % de mulheres, o que influenciará certamente estes resultados.

- Relativamente à prática de actividade física, 32 % das mulheres não realiza qualquer actividade física. Relativamente aos homens, 14 % não realiza qualquer actividade física.

- Cerca de 12 % dos homens inquiridos realiza actividade física entre uma a três horas por semana. Curiosamente, apesar de uma grande percentagem de mulheres não fazer qualquer prática desportiva, 12% da amostra do sexo feminino realiza actividade física com alguma intensidade, variando entre uma a mais de 3 horas por semana. Apesar de uma percentagem elevada de mulheres não praticar qualquer actividade física, podemos ainda assim concluir que são as mulheres que mais praticam actividade física, nomeadamente as caminhadas. Isto responde à H1 do nosso estudo.

- Verificamos que cerca de 40 % dos indivíduos da amostra não praticam qualquer actividade física. Cerca de 17 % dos indivíduos praticam 1 a 3 horas de actividade física por semana e 21 % praticam actividade física moderada, como caminhadas entre outras actividades.

- Tendo em vista a reposta a H2, a correlação entre a variável Idade e a variável Prensa manual, de acordo com a escala de Pearson, é muito fraca, não devendo ser

tomada em consideração. Isto de uma forma geral, significa que a idade dos sujeitos não interfere na sua prestação aquando a realização dos testes de força manual.

- Tendo em vista a resposta a H3, a correlação entre a altura e a prensa manual, mais uma vez de acordo com a escala de Pearson, é uma correlação forte. Isto quer dizer que a altura influencia o desempenho da prensa manual.

Capítulo VI - Conclusão

Em jeito conclusivo, passaremos antes de mais a tecer algumas considerações sobre a elaboração deste trabalho. Desde já referir que o desenvolvimento deste projecto, realizado no âmbito do seminário da licenciatura em Ciências do Desporto, foi realizado com algumas limitações da nossa parte. Isto porque a amostra de estudo é de Leiria, tornando-se difícil a sua deslocação a fim de realizar os testes. Depois há que referir alguma inexperiência na aplicação dos testes, inicialmente, aspecto que ao longo do tempo mudou radicalmente. A segunda dificuldade sentida neste projecto foi a falta de disponibilidade por parte de algumas empresas e instituições em nos ceder algum tempo, afim de realizar os nossos testes. Mas mais uma vez conseguimos arranjar pessoas com boa vontade e alguma disponibilidade para podermos então realizar os testes necessários. Ultrapassada a fase da realização dos testes, iniciámos este trabalho teórico. Mais uma vez nos deparámos com as dificuldades, que a este nível são frequentes, dizendo mesmo normais. A compreensão do objectivo deste trabalho levou-nos a perder algum tempo, sendo que não nos pudemos centrar desde logo na sua elaboração. Após o início do mesmo, facilmente nos inteirámos e nos entusiasma-mos, pois esta tema é de todo o nosso interesse. Conseguimos retirar algumas conclusões importantes, que nos ajudarão a actuar de forma objectiva e profissional, para a melhoria da qualidade de vida de todas as pessoas dispostas obviamente a colaborar. No entanto e por si só, este estudo não nos poderá levar a conclusões representativas da população da região de Leiria, uma vez que a nossa amostra é demasiado pequena.

Terminamos com a forte crença que este estudo, englobado no Observatório Nacional do Desporto, possa ajudar a tornar real o estudo sobre os hábitos desportivos da população portuguesa, para bem de todos os Portugueses.

Bibliografia

- Assunção (2002). *Relação entre a actividade física, saúde e qualidade de vida. Notas introdutórias*;
- Bouchard, C & Shepard, R. J (1994): Physical Activity, Fitness and Health: The Mode and Key Concepts, in: Bouchard, C., Shepard, R. J. & Stephens, T. *Physical Activity, Fitness and Health*. Champaign: Human Kinetics;
- Costa, D. (1997). A influência da actividade física nos níveis de saúde, condição física e hábitos de saúde. Horizonte. Vol. XIII, nº 77, Dossier Lisboa: Livros Horizonte;
- Faria Júnior, A (1992). Educação Física, desporto e promoção da saúde. Horizonte, Vol. IX, nº 51, Setembro-Outubro. Lisboa: Livros Horizonte;
- Matos, M. & Sardinha, L. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida, in Sardinha, L.; Matos, M. & Loureiro, I., *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos de actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa, FMH;
- Pitanga, F. (1998). *Actividade física, exercício físico e saúde*. Salvador (BA);

Anexos

Anexo 1

METODOLOGIA E PROTOCOLOS – Aptidão física Adultos

Peso e estatura

EQUIPAMENTO: Balança; fita métrica; régua; marcador.

PROCEDIMENTO: Jovens e adultos executam descalços

Estatura: o participante encontra-se de pé encostado a uma parede, olhando em frente; a estatura é medida em cm.

Peso: o participante deve despir todas as peças de vestuário pesadas; o peso é medido e registado com aproximação às 100 gramas.

Índice de Massa corporal (IMC)

O Índice de Massa Corporal (IMC) estabelece uma relação entre a estatura e o peso, que indica se o peso da pessoa está ou não adequado à sua estatura. Este índice é determinado através da seguinte fórmula:

$$\text{PESO (kg)}/\text{ESTATURA}^2 \text{ (m)}$$

Perímetro da cintura

Esta medição é feita com fitas antropométricas.

- Os membros inferiores encontram-se juntos;
- É marcado o ponto mais elevado das cristas ilíacas (estratégia de palpação ou flexão lateral do tronco);
- É marcado 1 cm acima desse valor (estratégia sugerida – marcação no dedo do avaliador de 1cm);
- Valor retirado no momento da expiração;
- Executam-se 2 medições com variação inferior a 1 cm e faz-se a média. Se houver uma variação superior a 1 cm, faz-se uma terceira medição achando-se a mediana das três. Exemplo mediana: medida 1 (70 cm), medida 2 (68.5 cm), medida 3 (72 cm). Ordenar por ordem crescente 68.5cm, 70 cm e 72 cm; a mediana é a medida central, de 70cm.

Flexibilidade – Senta e alcança modificado

No teste do senta e alcança modificado desenvolvido por Hoeger, o sujeito está sentado no chão com as nádegas, ombros e cabeça em contacto com a parede. As pernas estão estendidas e afastadas (30 cm), com os joelhos esticados e as plantas dos pés apoiadas contra uma caixa com 30,50cm aproximados de altura. As mãos estão sobrepostas com os dedos esticados. Uma régua é colocada no cimo da caixa com o zero na direcção do sujeito. Na posição inicial do teste, o sujeito avança os braços esticados (no prolongamento da altura da caixa) o mais à frente que lhe é permitido sem que a cabeça e os ombros deixem de estar em contacto com a parede, nesta altura é marcado o ponto “0 cm”. A partir deste momento, a régua é segura firmemente pelo avaliador até ao final do teste. O sujeito inclina-se lentamente o mais à frente que consegue, permitindo que a cabeça e ombros deixem de ter contacto com a parede e os dedos deslizem sobre a régua. Três movimentos lentos à frente são permitidos, no terceiro do qual o sujeito vai ao máximo ficando na posição pelo menos 2 segundos. É recolhida a distância entre o ponto “0 cm” o ponto final. São executados 2 testes e o resultado final é a sua média.

CrITÉrios de execuÇão/êxito:

- O avaliado deve estar sentado, encostado a uma parede (omoplatas alinhadas em contacto com a parede), descalço com os pés afastados a uma distância de 30cm e encostados à caixa;
- Deve esticar os braços com as palmas das mãos viradas para baixo na direcção do topo da caixa (marcando o ponto inicial (0))
- De seguida há três movimentos lentos à frente do tronco e braços. Deve manter a posição alcançada no quarto movimento durante pelo menos 2 segundos.
- Durante todo o exercício, as pernas devem encontrar-se esticadas. O avaliador deve certificar – se que o indivíduo tenha as mãos paralelas e que não avança mais uma que a outra.
- O valor a registar, corresponde ao ponto mais distante alcançado pelos dedos. Deve registar-se a média de duas tentativas.

PROCEDIMENTO:

O participante deve assumir a posição de supino no tapete com os joelhos flectidos a 90°. Os braços devem estar ao lado do corpo no chão e as mãos devem tocar a 1ª marca no tapete.

Instruir a participante a elevar o tronco (de forma a que as omoplatas deixem de tocar no chão e se atinjam com as mãos a 2ª marca). O troco deve fazer um ângulo de 30° com o tapete.

As costas devem apoiar totalmente o tapete antes da repetição seguinte.

Os abdominais devem ser feitos ao ritmo da cadência, ou seja 20 abdominais por min.

O participante deve fazer o máximo de abdominais que conseguir sem pausas, até um máximo de 75. (contagem quanto a cabeça toca as mãos – no down)

Distancia 1ª e 2ª marca: 8cm para os sujeitos de idade ≥ 45 anos ou 12cm para os sujeitos de idade < 45 anos.

Força Muscular – Prensa

Antes da aplicação do teste, a pega do dinamómetro deve ser ajustada ao tamanho da mão de cada sujeito. A pega deve servir confortavelmente na mão (espaço entre falange e falanginha dos dedos deve estar no manípulo).

O executante encontra-se de pé, com os braços ao longo do corpo sem contacto com o tronco. Deve-se manter o cotovelo ligeiramente flectido (aproximadamente 20°).

O teste é feito primeiro à mão dominante e de seguida à não dominante. O avaliador deve ter a percepção de que o executante está a fazer a máxima força que lhe é possível. Deve haver o reforço por parte do avaliador de “aperte o máximo que puder” e se necessário usar outras formas de encorajamento para que o executante faça o teste efectivamente. Devem-se permitir 3 tentativas alternadas em cada mão (dominante, não dominante, dominante, etc), com pausas de 10 a 20 segundos entre cada para descanso (evitando a fadiga excessiva). Durante a execução não deve haver o bloqueio da glote (manobra de Valsalva). A força deve ser feita durante a expiração.

Recolhe-se o valor de cada tentativa. Se a diferença entra cada valor está dentro de 3 kg, considera-se o teste completo. Se se observar uma diferença maior do que 3 kg, o teste é repetido após tempo suficiente de descanso. Calcula-se a média de cada mão. É

essencial que as agulhas do dinamómetro estejam na posição 0 em cada tentativa. A leitura dos resultados é arredondada ao valor mais próximo.

RESULTADOS

IMC

- Excesso de peso: IMC 25 - 29.9 kg/m²
- Obesidade ligeira : IMC 30 - 34.9 kg/m²
- Obesidade moderada: IMC 35 - 39.9 kg/m²
- Obesidade grave: IMC > 40 kg/m²

Perímetro

Considera-se que uma pessoa tem um **risco** elevado para as doenças cardiovasculares e outras patologias associadas à obesidade, nomeadamente a diabetes mellitus, hipertensão arterial e o doseamento do colesterol e triglicéridos, quando o perímetro da cintura é superior a 102cm no homem e 88 na mulher.

Valores normais de VO_{2max} a diferentes idades ^a (adultos) – para o Modelo de Jackson

Idade	Homens	Mulheres
20-29	43 (±22)	36 (±21)
	12METs	10METs
30-39	42 (±22)	34 (±21)
	12 METs	10METs
40-49	40 (±22)	32 (±21)
	11METs	9 METs
50-59	36 (±22)	29 (±22)
	10METs	8 METs
60-69	33 (±22)	27 (±22)
	9METs	8 METs
70-79	29 (±22)	27 (±22)
	8METs	8 METs

Nota: MET= Equivalente metabólico; 1MET=3.5 ml.Kg⁻¹.min⁻¹ VO₂. ^a ml.Kg⁻¹.min⁻¹

De Padrões de Exercício: A statement for health professionals from American Heart Association, circulation 82, 1999

Senta a alcança

Percentil	Homens (cm)			Mulheres (cm)		
	<35 anos	36-49 anos	>50 anos	<35 anos	36-49 anos	>50 anos
99	62,7	48,0	41,1	50,3	50,3	43,7
95	49,5	46,2	40,1	47,5	48,8	39,9
90	45,5	40,9	38,1	45,5	44,2	38,1
80	43,2	37,1	33,8	42,4	41,1	36,1
70	40,1	35,3	31,2	41,1	38,6	34,5
60	38,1	34,0	29,2	40,1	36,8	31,2
50	36,6	32,0	25,9	37,6	34,3	28,2
40	34,3	29,5	24,6	36,8	32,5	25,7
30	33,0	27,4	23,6	34,8	31,0	23,4
20	29,5	25,1	22,4	32,0	27,9	21,1
10	23,4	21,1	19,8	25,7	24,6	19,1
5	20,1	17,8	18,3	20,6	21,6	9,4
1	17,8	13,0	10,2	6,6	5,1	3,8

Valores retirados de “complete guide for Development and Implementation of Health Programs by W.W.K Hoeger, 1987, Englewood, CO

Prensa manual

Id	Homem mão dominante			Homem mão não dominante			Mulher mão dominante			Mulher mão não dominante		
	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP	-1DP	Média	+1DP
20	26kg	36kg	48kg	23kg	35kg	45kg	14kg	22kg	28kg	13kg	19kg	26kg
25	28kg	40kg	52kg	25kg	36kg	48kg	15kg	23kg	29kg	13kg	20kg	28kg
30	29kg	41kg	52kg	25kg	36kg	48kg	13kg	22kg	30kg	12kg	19kg	27kg
35	28kg	39kg	50kg	24kg	35kg	46kg	11kg	20kg	28kg	11kg	19kg	26kg
40	26kg	37kg	48kg	23kg	34kg	45kg	9kg	17kg	27kg	10kg	18kg	25kg
45	24kg	35kg	47kg	21kg	33kg	44kg	9kg	17kg	25kg	10kg	17kg	24kg
50	20kg	33kg	45kg	20kg	30kg	41kg	9kg	17kg	25kg	10kg	16kg	23kg

Anexo 2

Questionário de Adultos

DATA _____ Código Uni. _____

Este questionário pretende recolher dados sobre o seu estilo de vida. Pretendemos saber que actividade física pratica e qual o seu nível de aptidão física. Garantimos que todas as informações recolhidas são confidenciais. O seu contributo é fundamental para o sucesso deste estudo.

Nome: _____	Género _____	Data de nascimento: _____	Nacionalidade: _____
Morada _____	Localidade _____	Concelho _____	Código postal _____
Telefone: _____	e-mail: _____	Nível de escolaridade: _____	Profissão: _____
Se mulher, indique: Idade da menarca (1ª menstruação) _____ Idade da menopausa _____			
Toma algum anticoncepcional? _____ Tem terapia hormonal de substituição? _____			
Praticou ou pratica desporto de competição (federado)? _____ Quantos anos praticou ou ainda pratica? _____			
Podemos voltar a contactá-lo/a? _____			

Coloque um círculo na resposta que melhor se adequa

Grupo 1 (G1)	Sim	Não	Não sei	Há quanto tempo
1. Tem história pessoal de diabetes, asma, cancro, ou ataques cardíacos? Qual/is _____	1	2	3	
2. É fumador? Quantos cigarros consome /dia _____	1	2	3	
3. Tem hipertensão?	1	2	3	
4. Tem o colesterol ou glicemia elevado? Qual _____	1	2	3	
5. Alguma dependência? (álcool, droga) Qual/is _____	1	2	3	
6. Toma alguns medicamentos? Para que fim? _____	1	2	3	
7. Pratica Actividade Física? Qual/is _____ Frequência semanal _____ Duração da sessão _____	1	2	3	

Grupo 2 (G2)	Muitíssimo/a/s	Muito/a/s	Algum/a/s	Pouco/a/s	Nenhum/a/s
8. No seu dia a dia apresenta: nervosismo/ Irritabilidade	1	2	3	4	5
9. No seu dia a dia apresenta: dificuldade de concentração e produtividade	1	2	3	4	5
10. Tem problemas de saúde que limitam a sua actividade física diária (deslocar-se, trabalhar, fazer actividade física)	1	2	3	4	5
11. Quantas vezes se sentiu deprimido/a nos últimos meses	1	2	3	4	5
	Muito má	Má	Razoável	Boa	Excelente
12. A qualidade do seu sono é	1	2	3	4	5
13. Considera a sua saúde	1	2	3	4	5
14. Em geral como avalia a sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

Grupo 3 (G3)	Discordo plenamente	Discordo	Nem discordo nem concordo	Concordo	Concordo plenamente
15. Estar fisicamente activo é uma prioridade na minha vida	1	2	3	4	5
16. O meu trabalho é fisicamente muito activo	1	2	3	4	5
17. A actividade física é pouco confortável para mim	1	2	3	4	5
18. Eu não sei como fazer para ser fisicamente activo	1	2	3	4	5
19. Eu não gosto da actividade física (AF)	1	2	3	4	5
20. Tenho pouco tempo para fazer a AF	1	2	3	4	5
21. Tenciono iniciar a AF o mais cedo possível	1	2	3	4	5
22. Sou praticante regular da AF	1	2	3	4	5
23. Tenho muita confiança acerca do meu nível de condição física	1	2	3	4	5
24. Sinto-me realizado/a	1	2	3	4	5

Anexo 3

DESCRIÇÃO DA BATERIA DE TESTES - Adultos

Predição do VO2 max. (questionário) “ MODELO DE JACKSON ” – Adultos –

Escolha o código (0-7) que melhor descreva os seus hábitos de actividade física que praticou no último mês.

A) Não participa regularmente em qualquer actividade física, exercício ou desporto de recreação organizado:	B) Participa regularmente em actividade física de recreação ou doméstica leve como jogar golfe, montar a cavalo, ginástica de manutenção, ténis de mesa, bowling, jardinagem, etc:	C) Participa regularmente em exercício físico intenso tal como correr, nadar, andar de bicicleta, remar, saltar à corda ou em desportos aeróbios vigorosos como jogar ténis, basquetebol, andebol, etc:
0 Evita caminhar ou realizar qualquer esforço físico (ex. utiliza sempre o elevador, conduz sempre que possível evitando ir a pé, etc).	2 De 10 a 60 minutos por semana.	4 Corre menos de 1,6 km por semana ou despende menos de 30 minutos por semana em actividade física comparável.
1 Caminha por prazer, utiliza regularmente escadas, realiza ocasionalmente exercício físico que induz respiração acelerada ou transpiração.	3 Mais de 60 minutos por semana.	5 Corre entre 1,6 e 8 km por semana ou despende entre 30 a 60 minutos por semana em actividade física comparável.
		6 Corre entre 8 e 16 km ou despende de 1 a 3 horas por semana em actividade física comparável.
		7 Corre mais de 16 km ou despende mais de 3 horas por semana em actividade física comparável.

$$\text{VO2max (ml.kg}^{-1}\text{.min}^{-1}) = 56,363 + 1,921 (\text{cód.act.física}) - 0,381 (\text{IDADE}) - 0,754 (\text{IMC}) + 10,987 (\text{SEXO; F=0, M=1})$$

Anexo

Testes Adultos (verso)

Nome		Sexo	Idade	Peso	Altura	Perímetro	Abdominais	VO2	Prensa manual (kg)		Questionário		Observações
(1º e último)		M ou F	Anos	kg (0,00)	m (0,00)	Cint. (0,0)	nº	de 1 ate 7	Dominante	Não dom	Sim	Não	
Local:				Data:				Hora:			Observações:		

Correlação (Idade/Prensa)

				Idade	Prensa - Dominante
Idade	Pearson Correlation	1	-,224(*)		
	Sig. (2-tailed)		,035		
	N	89	89		
Prensa - Dominante	Pearson Correlation	-,224(*)	1		
	Sig. (2-tailed)	,035			
	N	89	89		

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlação (Altura/Prensa)

				Altura	Prensa - Dominante
Altura	Pearson Correlation	1	,694(**)		
	Sig. (2-tailed)		,000		
	N	89	89		
Prensa - Dominante	Pearson Correlation	,694(**)	1		
	Sig. (2-tailed)	,000			
	N	89	89		

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Estatística Descritiva

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	89	20	64	37,91	12,903
Massa Corporal	89	51	105	70,47	13,036
Altura	89	1,50	1,87	1,6597	,08765
IMC	89	19,2	34,6	25,506	3,7828
Perímetro da Cintura	89	60,0	112,0	87,655	10,9308
Nº Abdominais	42	3	53	21,98	13,522
VO2	84	0	7	2,73	2,500
Prensa - Dominante	89	15	65	36,61	10,741
Prensa - Não Dominante	89	15	60	33,69	10,314
Seat and reach	88	10	47	27,91	7,996
Valid N (listwise)	41				

Estatística descritiva (Idade)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	89	20	64	37,91	12,903
Valid N (listwise)	89				

Género / Idade

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Género * Idade	89	46,8%	101	53,2%	190	100,0%

T-Test

		Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Nº Abdominais	Masculino	22	27,23	13,557	2,890	
	Feminino	20	16,20	11,153	2,494	
Prensa - Não Dominante	Masculino	34	44,65	6,656	1,141	
	Feminino	55	26,91	4,885	,659	
Prensa - Dominante	Masculino	34	47,76	7,178	1,231	
	Feminino	55	29,71	5,449	,735	
Seat and reach	Masculino	34	27,56	7,970	1,367	
	Feminino	54	28,13	8,079	1,099	

T-Test

		Género	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Altura	Masculino	34	1,7418	,04726	,00810	
	Feminino	55	1,6089	,06548	,00883	
Idade	Masculino	34	35,44	15,258	2,617	
	Feminino	55	39,44	11,083	1,494	
Massa Corporal	Masculino	34	79,58	11,646	1,997	
	Feminino	55	64,84	10,464	1,411	
IMC	Masculino	34	26,232	3,6707	,6295	
	Feminino	55	25,056	3,8140	,5143	

Média

Altura

Género	Mean	N	Std. Deviation
Masculino	1,7418	34	,04726
Feminino	1,6089	55	,06548
Total	1,6597	89	,08765

Média

Massa Corporal

Género	Mean	N	Std. Deviation
Masculino	79,58	34	11,646
Feminino	64,84	55	10,464
Total	70,47	89	13,036

Média

Idade

Género	Mean	N	Std. Deviation
Masculino	35,44	34	15,258
Feminino	39,44	55	11,083
Total	37,91	89	12,903

Idade/Prensa

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Idade * Prensa - Dominante	89	46,8%	101	53,2%	190	100,0%

Escalões/Prensa

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Escalões etários * Prensa - Dominante	89	46,8%	101	53,2%	190	100,0%